

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 27 décembre 1890, à 1 heure

Par PAUL GROSSIER

Né à Mézilles (Yonne), le 21 juin 1860.

LA MATERNITÉ

DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

DU 1^{er} JANVIER 1883 AU 1^{er} JUILLET 1889

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { LEGROUX, professeur.
 { HUTINEL, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890

THÈSE

N°

78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 27 décembre 1890, à 1 heure

Par PAUL GROSSIER

Né à Mézilles (Yonne), le 21 juin 1860.

LA MATERNITÉ

DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

DU 1^{er} JANVIER 1883 AU 1^{er} JUILLET 1889

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : MM. { LEGROUX, professeur.
HUTINEL, CHANTEMESSE, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TILLAUX.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale		STRAUS.
		G. SEE.
Clinique médicale.	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BALL.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		CHARCOT.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	}	LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHEL, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEZ	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉRE	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PROUST

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORAK

Accoucheur des hôpitaux

LA MATERNITÉ

DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

DU 1^{er} JANVIER 1883 au 1^{er} JUILLET 1889

AVANT-PROPOS

Le travail que je sou mets à l'appréciation bienveillante de mes juges n'apporte rien de nouveau dans l'étude des accouchements. Il n'offre qu'un intérêt rétrospectif; il a toutefois sa raison d'être.

La maternité de l'hôpital Saint-Louis a été érigée en service distinct le 1^{er} janvier 1883. M. le Dr Porak, accoucheur des hôpitaux, présida à son installation, à la transformation des locaux et à l'établissement de la méthode antiseptique. Il y resta chef de service jusqu'en juillet 1889.

Primo de par la création d'un service nouveau, secundo de par l'emploi également nouveau de l'antisepsie, la période de temps écoulé entre les deux dates précédentes marque un pas dans l'histoire de l'organisation des services d'accouchements et dans celle de la science obstétricale.

Décrire les conditions d'hygiène et le fonctionnement de ce service, présenter l'ensemble des résultats obtenus durant ces six années et demie, comparer rapidement ces résultats à ceux de la période précédente, les livrer en tant que document pouvant servir de terme de comparaison aux progrès certains qui naîtront d'une hygiène plus favorable : tel est notre but.

M. le Dr Porak nous a facilité par ses conseils et la communication de ses statistiques l'exécution de ce travail. C'est notre devoir de lui en assurer notre profonde gratitude.

Nous avons demandé à M. le professeur Proust de vouloir bien présider notre jury d'examen, d'abord parce que, comme on le verra, nous avons insisté assez longuement sur l'hygiène alors déplorable de la maternité de l'hôpital Saint-Louis, persuadé que la question d'hygiène est à notre époque la plus importante à résoudre, et qu'avant de pousser des gémissements sur la dépopulation de notre pays, on doit faire tous les sacrifices indiqués par l'hygiéniste pour procurer aux vivants les moyens de vivre. Et puis nous sommes heureux de pouvoir ici le remercier publiquement de la part qu'il a prise à notre instruction médicale, part que nous estimons plus grande qu'on ne le considère généralement. Par lui, nous avons appris à aimer l'étude de l'hygiène ; dans ses livres, dans ses cours nous en avons compris les principes ; dans les excursions où il fut notre aimable guide, nous avons vu à l'œuvre la lutte entre la pratique et la théorie ; dans nos promenades scientifiques à travers les différents milieux dont chacun ressortit à un chapitre particulier de l'hygiène moderne,

nous avons discerné nettement par quelles lois inviolables cette hygiène commande, sous peine de mort, aux différentes manifestations de la vie sociale. Nous avons vu s'élargir le rôle du médecin, et souhaité voir grandir son pouvoir et ses droits. Nous en avons pris d'autant plus de goût pour la carrière que nous embrassons.

PLAN

La maternité se compose du service interne et du service externe.

Nous diviserons notre travail en trois chapitres :

Le premier décrira les locaux et le fonctionnement du service interne, ainsi que du service externe.

Dans le second nous aborderons le mouvement, la morbidité, et la mortalité de chacun de ces services. Quelques lignes seront consacrées à chacun des décès du service interne.

Le troisième récapitulera le nombre des opérations par année, et établira leur mortalité.

CHAPITRE PREMIER

I. — SERVICE INTERNE

Situation et orientation de la maternité à l'hôpital Saint-Louis. — Rue Bichat, quand on a franchi le porche bas de l'hôpital Saint-Louis, on a le pied sur une large rue pavée qui enveloppe de ses quatre lignes égales les quatre faces du vaste carré central, et l'isole comme par un fossé des autres constructions, que seules trois galeries couvertes, jetées comme des ponts-levis, joignent à l'occident. Une fois à l'intérieur de cette enceinte autrefois redoutée, levez les yeux. En face de soi se dresse la façade (S. O.) du monument qui regarde la cité, de même longueur, de même style et de même dessin que les trois autres avec son pavillon médian à lanterne et ses fenêtres hautement ouvertes sur ses murs couperosés de brique et de pierre. N'entrez pas, mais suivez à droite le pavé.

A quelque soixante pas, la route tourne brusquement, formant un angle droit, bordé du côté de la ville par un premier pavillon en équerre où logent la direction et les bureaux. Tournez avec elle, et allez d'un trait directement jusqu'au bout. Un nouveau pavillon en équerre barre le chemin.

C'est le pavillon Lugol, un de ces quatre pavillons tout entiers de pierre, que Claude Vellefaux, maçon juré

aux œuvres de maçonnerie du roi Henry, a posés gracieusement aux quatre coins de son bâtiment principal comme des ferrures aux coins d'un livre. De loin déjà il avait peut-être attiré les regards par l'originalité élégante de son archaïsme bien conservé, par son toit élancé, très haut, percé, non loin de sa crête, de petites lucarnes en bois ouvragé, et coupé à sa base par les fenêtres sculptées du premier étage, dont les épais jambages en saillie sur la façade mordent dans la corniche et débordent la couverture de leurs deux tiers supérieurs, élevant au-dessus de la tuile jadis rouge leurs cintres et leurs larges frontons blancs. Il est avantageux de signaler dès ce moment l'élévation exagérée de ce toit, qui couvre en somme deux étages superposés et habités : on en concevra mieux tout à l'heure les dispositions intérieures.

Le pavillon Lugol double, pour ainsi dire, de l'autre côté du pavé, le pavillon d'angle oriental du grand carré central de ses deux ailes parallèles aux faces de ce dernier. Il se compose de deux corps d'une trentaine de mètres environ, reliés en équerre larges de 9 à 10 mètres, étendus, l'un du S. E. au N. O., l'autre perpendiculaire au premier du N. E. au S. O. A leur intersection s'élève, uniquement pour servir de cage à l'escalier, une tour carrée trouée d'œils-de-bœuf et surmontée d'un petit toit d'ardoises orné d'épis.

Avant d'étudier ses attributions actuelles, quelques indications très courtes, mais curieuses pour notre but sur ses destinations dans le passé. De tout temps le pavillon Lugol a donné l'hospitalité à des malades ou à des objets contagieux. A l'origine il était réservé aux bougeois pes-

tiférés, plus tard aux bourgeois frappés d'une contagion quelconque. Un siècle plus tard je lis au bas d'une estampe représentant l'hôpital Saint-Louis : « On y tient à présent quelques pauvres affligés de maladies qui se communiquent comme le scorbut, la dyssentérie et les convalescents de l'Hôtel-Dieu pour y prendre l'air. » Il est à croire que à la même époque notre pavillon hébergeait des bourgeois atteints des mêmes maladies. En 1788, tandis que le reste de l'hôpital reçoit des scorbutiques, des cancéreux, des scrofuleux d'une part, des fébricitants, des galeux et des dartreux de l'autre, Tenon, décrivant minutieusement les hôpitaux de Paris, de France et de l'étranger au nom d'une commission de l'Académie des Sciences, et recherchant les principes d'un hôpital et d'une maternité modèle, nous initie en passant aux usages du pavillon Lugol « On y dépose aujourd'hui, dit-il, la plume des lits gâtés de l'Hôtel-Dieu et d'autres effets. » De ces quelques remarques saisies au vol de lectures rapides, l'hygiéniste, qui aujourd'hui découvre le microbe malfaisant et le poursuit jusque dans les solives des entrevous, conclut sans nul doute avec nous que des salles qui recèlent des siècles de générations de germes infectieux, étaient peu propres à loger des femmes en couches. Cependant le xix^e siècle y crée une maternité. De nos jours elle occupe toute la longueur du premier étage de l'aile N. E. S. O. ; et pour ne pas changer les bonnes habitudes du vieux temps, elle affecte les rapports suivants avec les services voisins.

Au rez-de-chaussée, au pied de l'escalier, deux portes sont l'entrée ordinaire du service des maladies de la peau de M. le Dr Hallopeau. Au premier étage, sur le même

palier que la porte d'entrée de la maternité, à un mètre de distance, une porte condamnée, dit-on, est fermée sur des malades de la peau également, qui, bourgeoisant un peu, continuent la tradition en payant leur séjour. En outre l'escalier, où le jour est insuffisant, dessert un dortoir d'infirmiers installé au second étage ; sombre et étroit, non ciré, mal lavé, lieu de passage actif, il sert de réservoir d'attente à tous les germes pathogènes apportés de tous les coins de l'hôpital.

Nous connaissons l'emplacement, la situation et l'orientation du service d'accouchements, ses rapports avec les services et appartements voisins, abordons maintenant la description aussi succincte que possible de ses locaux. Le lecteur suivra avec facilité le narrateur en se guidant sur le plan et le croquis que M. le Dr Porak a fait dresser et qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer. Ces planches donnent d'ailleurs de l'installation du service une idée trop satisfaisante, quoique leur réduction ait été calculée rigoureusement dans la proportion de $\frac{1}{24}$.

Vestibule. Cabinet de la surveillante. Salle de garde des sages-femmes. Office. — On entre par la porte A. Le vestibule B ne reçoit de lumière que par la porte et les parois vitrées qui l'entourent ; à gauche de la porte, des lavabos, à droite, une vaste armoire à linge, un grand coffre et un paravent meublent modestement son obscurité. Le coffre, installé là par M. Porak, sert à mettre les habits des nouvelles venues. Faute d'autre place et pour éviter que des femmes souvent malpropres soient

reçues dans la salle de travail et couchées sur un lit où on pratiquait les accouchements, on a dû aménager ce vestibule pour la consultation. Le paravent, disposé sous la lumière d'un bec de gaz, servait précisément à dissimuler l'examen des femmes enceintes.

Dans l'armoire ne se trouvait que le linge propre de la maternité. Dans le coffre ne séjournaient que les habits des femmes nouvellement reçues. Tous les matins ces habits étaient portés au vestiaire de l'hôpital. Ce coffre était fréquemment nettoyé.

Vis-à-vis de la porte d'entrée, deux petites chambres, l'une C, cabinet de la surveillante où se trouve la vitrine des instruments ; l'autre D, salle de garde des sages-femmes : ces deux chambres reçoivent le jour chacune par une fenêtre du dehors et le transmettent au vestibule par les vitres dépolies de la cloison opposée.

Sur la paroi gauche du vestibule deux portes s'ouvrent ; celle de l'office, celle de la salle de travail, vitrées également toutes les deux. L'office F, accolée au mur de refend qui unit les deux ailes, contient une table, un fourneau, un chauffe-linge et une baignoire étroitement serrée entre la porte et le mur.

Salle de travail. — La salle de travail E mérite plus de détails. Le coin E de l'étage lui est réservé ; haute de 3,20, large de 4,80, longue de 4,85, elle a un cubage de 74 mc. 448. Elle est percée de trois ouvertures, deux portes vitrées et une fenêtre. L'une des portes communique avec le vestibule, l'autre en face a remplacé une fenêtre primitive et donne accès sur une galerie vitrée, où s'alignent l'armoire aux médicaments et les cruchons

remplis de liquides antiseptiques : cette galerie précède l'escalier couvert qui descend extérieurement au bâtiment aux chambres d'isolement. Ainsi placée, la salle de travail semble donc continuer le vestibule et former avec lui une sorte de couloir évasé compris entre deux escaliers ; on a besoin d'ouvrir fort souvent les portes, la pièce étant trop petite pour contenir rien des objets nécessaires à toute minute, et le courant d'air non seulement refroidit les parturientes, mais apporte les microbes pathogènes ramassés des deux côtés. La seule fenêtre, tournée au S. E, ne mesure que 1 mètre de large sur 2 m. 10 de haut, outre qu'elle est cintrée à sa partie supérieure, ce qui diminue encore l'ouverture. Cette croisée seule donne le vrai jour dans la salle : vu sa mince largeur, l'accoucheur doit, pour opérer, se placer devant en son milieu ; si je dis que de chaque côté sont deux lits, on comprendra que pour éclairer l'un, il faut éloigner l'autre, si j'ajoute dans cette salle de 23 m. q. le chariot, le poêle à gaz, une table, deux ou trois chaises et une table de fer, si nous entassons autour de ce mobilier élémentaire, le chef, les étudiants, les sages-femmes, les infirmières, on concevra la difficulté d'évolution des êtres et des choses et les conditions désastreuses tant matérielles que morales, que subit la parturiente dans cette salle bien nommée salle de misère.

L'accouchement terminé, on transporte la femme sur le chariot ou sur les bras dans la salle des accouchées, et pour cela on traverse de nouveau le vestibule. Il est nécessaire de s'appesantir un peu sur la description de la salle Paul Dubois : la salle des accouchées n'est-elle

pas d'une importance capitale dans une maternité? C'est là que la majorité des femmes va passer la plus grande partie du temps qu'elles resteront à l'hôpital, là que la mère doit échapper à la mort, et l'enfant s'attacher à la vie, là surtout qu'en ce temps de dépopulation, l'hygiéniste doit employer toute sa science à l'obtention d'un milieu pur, large d'air et d'espace, à l'abri de toute infection autochtone ou étrangère.

Salle des accouchées. — La salle Paul Dubois, qui occupe avec ses annexes (chambre des nourrices, chambre de change, etc.) toute la partie dégagée de l'aile N. E., S. O. est favorisée par une bonne orientation: le soleil, tournant autour de son pignon, la chaufferait successivement sur ses deux faces, si le haut monument voisin ne cachait ses rayons une partie de l'après-midi. Longue de 23 m. 50, haute de 3, 10, large de 8,25, elle offre un cubage de 601 m. c. et une physionomie particulière, je dirais presque, de grenier mansardé. Les énormes charpentes, destinées à soutenir la toiture élevée et les combles que nous avons remarqués en arrivant, sillonnent le plafond de leurs reliefs, tantôt plus, tantôt moins accentués, écornent les angles et les coins, descendent d'abord obliques, puis droits comme des pilastres, dans l'intervalle des fenêtres, coupant en deux chaque trumeau. La salle sur sa longueur est à moitié partagée en trois portions égales par quatre murailles épaisses de 0,50, qui se détachent perpendiculairement des murs latéraux, s'avancent deux à deux vis-à-vis l'une de l'autre sur 1 m. 80 de long: On les reconnaît très distinctement sur le plan et le croquis ci-joints. Ces poutres et ces murs en saillie,

outre l'obstacle qu'ils apportent à la propreté en développant les surfaces angulaires, diminuant encore le cube d'air.

Six fenêtres cintrées regardant le levant répondent à six regardant le couchant, les premières plus petites (largeur 1 m., hauteur 2,10) que les secondes (largeur 1, 30; hauteur 2,30). Douze lits de chaque côté appuient leur chevet au mur, deux dans chaque intervalle de fenêtres, séparés par l'épaisseur d'une poutre en saillie, soit 0,40 à 0,80. Entre les lits des mères, les berceaux qui les flanquent en nombre égal ne sont séparés que par un espace vide de 0,90. La proximité des lits et des berceaux multiplie pour les mères et les enfants les chances de contagion. Lits, berceaux, tables de nuit, chaises, sont de fer.

Si l'on divise le cubage total par le nombre des lits, 601 m. c. par 48 (24 lits de mère et 24 berceaux) on a le cube d'air afférant à chaque lit et berceau, soit 12 m. c. $1/2$.

Certes, en 1788, Tenon, qui dans son curieux mémoire, admire tant la belle ordonnance de l'hôpital Saint-Louis, les plafonds ouverts des grandes salles, premier essai de ventilation, l'atmosphère de 65 mètres cubes afférente à chaque lit dans ces mêmes salles, eût ménagé ses éloges à la maternité établie au pavillon Lugol en 1888.

Chauffage. — Aux deux bouts de cette salle, deux poêles ont remplacé le calorifère. M. Porak a désiré ce changement pour les raisons suivantes : Ce calorifère est un calorifère à air chaud; outre que sa prise d'air est située au bas du bâtiment et sur la cour intérieure de l'hôpital, il est à craindre qu'il ne soit le réceptacle ordi-

naire de matières organiques en putréfaction. L'air qu'il projette dans la salle Paul Dubois est ainsi doublement vicié, vicié à son origine et souillé encore à son passage dans la chambre de chauffe.

Ventilation. — La ventilation s'exerce par les fenêtres l'été, par les fenêtres et les poêles l'hiver. Pour suppléer à la petite quantité d'air par sa qualité, M. Porak a établi l'aération continue. Extérieurement aux demi-rosettes des croisées s'ouvrant à volonté, on a senti une doublure de vitres perforées. On sait la disposition de ces vitres : elles sont criblées de petites ouvertures en forme de cône, le sommet du cône ouvre à l'extérieur, l'air suivant les parois de ces petits conduits évasés s'épanouit à la surface interne en une couche uniforme, qui lentement renouvelle les couches supérieures de l'air des salles, déplace et entraîne les couches inférieures. Pour éviter tout refroidissement des mères et des enfants, on ouvrirait les vasistas toutes les deux ou trois heures, pendant le temps strictement nécessaire à la ventilation. Il serait toutefois à souhaiter qu'une ventilation y distribuât de l'air chaud et pur à la fois et remédiât à l'insuffisance de la ventilation actuelle.

De place en place des vaporisateurs élevés sur des consoles répandent dans la salle des vapeurs antiseptiques.

Parquets. Murs. Annexes de la salle des accouchées. Chambre des nourrices. Chambre de change. — Les parquets sont en bois, lavés, non cirés ; les murs sont peints.

A l'extrémité du bâtiment, entre la salle Paul Dubois et le pignon, sur une surface de 31 m. 9, on a disposé autour d'une entrée commune trois réduits éclairés

chacun d'une fenêtre. — A droite, la chambre des nourrices (H), haute de 3 m., large de 3 m. 25, longue de 3 m. 80, avec ses peintures salies, son petit bahut de bois blanc peint, ses chaises de paille; une cheminée la chauffe; deux lits et deux berceaux fortement serrés sur quatre lignes parallèles tiennent toute sa largeur. — Ce réduit comprend donc 84 m. c. 31, soit par lit et par berceau un cubage par personne de 8 m. c. 25.

Au milieu la chambre de change (I), occupant un carré de 2 m. 60 de côté, possède un système de chauffage au gaz pour l'eau et le linge, un lavabo, et pour mobilier une armoire basse pour le linge. Le confortable, qu'on aime à voir autour de l'enfant et de ses serviteurs, n'est distribué ici qu'avec parcimonie. Un aspect de pauvreté et d'abandon pénible, dépendant plus des choses que des personnes, résume ces deux pièces. Cependant le système de chauffage Vieillard installé par M. Porak, permet d'avoir de l'eau froide et de l'eau chaude à volonté et est muni d'un chauffe linge.

Le 1^{er} (H), le 2^e (I) et le 3^e (I) compartiments étaient commandés par un corridor (K), communiquant avec le dortoir des femmes (G).

Débarras. Closets. — Dans le troisième compartiment (J), par où se déversent toutes les immondices du service, on trouve un vidoir adossé au mur. Les closets sont obscurs, sans ouverture au dehors. Une cheminée d'appel dans laquelle brûle en permanence un bec de gaz a établi un peu de ventilation au milieu des closets. Dans un baquet plein d'une solution de sulfate de cuivre les bassins trempent continuellement. Par cette précaution

on s'assurait que les bassins servant aux malades étaient rigoureusement aseptiques. Une trémie est creusée dans le mur et communique en bas avec un petit réduit ménagé extérieurement au bâtiment ; les linges qu'on y jette sont reçus dans un sac attaché à son ouverture inférieure, sac lavé et renouvelé fréquemment. — De cette façon le linge sale ne séjournait jamais dans le service. Au moment des toilettes des femmes les linges étaient accumulés sur un chariot roulant. Dès que les soins de propreté étaient terminés sur une rangée de la salle, les linges étaient immédiatement jetés au dehors à travers la trémie.

Changements des locaux obtenus par le Dr Porak. — L'administration accepta avec empressement les modifications que M. Porak la pria d'effectuer.

L'office se trouvait en K où se trouve actuellement la chambre des nourrices. La salle de travail se trouvait à l'emplacement occupé en J. K. L.

Le dortoir des nouvelles accouchées occupait l'emplacement actuel C, et une seule salle occupait l'emplacement E et F. de l'office et de la salle de travail actuels. Le cabinet de la religieuse se trouvait en D. Il fallait ménager dans le nouveau service une salle de garde pour la sage-femme interne de service, une chambre de nourrices, puisqu'auparavant, il n'y avait ni sages-femmes internes, ni nourrices au sein. Les enfants étaient allaités au biberon. Le change des enfants était pratiqué dans la salle même, ce qui était une cause certaine de désordre, de souillure des parquets et de malpropreté. La salle de garde de la sage-femme à l'emplacement D se trouve à proximité de la salle de travail et du vestibule B; où, comme nous l'a-

vons dit, les femmes enceintes consultant étaient reçues. De l'autre côté, la proximité de la chambre des nourrices (H) et de la chambre de change (I) des vidoirs et de la trémie permettait d'évacuer rapidement et facilement tous les linges salis par les nouveau-nés.

Chambres d'isolement. — Il n'y avait pas non plus de chambres d'isolement, les fébricitantes et les infectées devaient être séparées d'une façon effective des bien portantes. C'est pour cela que M. Porak obtint de l'assistance publique l'installation de chambres d'isolement. Le service contenait auparavant 30 lits de femmes nouvellement accouchées. Actuellement il en comprend 28, 24 de femmes saines à la salle Paul Dubois, et 4 dans le petit service annexe que nous allons décrire.

Pour y descendre il nous faut abandonner le premier étage, avec lequel nous avons fini, traverser le vestibule, la salle de travail, et sortir par le palier L. L'escalier M. mène aux chambres d'isolement N. Celles-ci, au nombre de 4, sont séparées en deux groupes de deux chacune par l'office située au milieu (O). Chaque chambre, construite sur le modèle des chambres du pavillon Tarnier, munie d'un mobilier entièrement en fer (lit, table de nuit, table, chaises, fauteuil), mesure 3 m. de haut, 4 m. 60 de long, 3 m. 55 de large, soit un cubage de 49 m. c. Elle est chauffée par une cheminée à feu ouvert. Dans chacune un robinet d'eau chaude et un robinet d'eau froide surmontent un lavabo ; malheureusement, l'eau chaude, chauffée par l'office, se refroidit trop vite dans les tuyaux et coule ordinairement froide. Le sol est bituminé. Une glace sans tain permet de voir de l'office dans les chambres

et d'une chambre dans l'autre ; du reste, chaque lit a un cordon de sonnette à sa portée. L'écoulement des liquides projetés dans les lavabos était obtenu à l'aide de tuyaux syphonnés, empêchant tout reflux de l'extérieur.

Au bas de l'escalier, un débarras, un vidoir (L), des closets (W) desservis, comme ceux du premier étage par des tinettes mobiles, situés dans la partie sans désignation de lettre adossée aux endroits L et W.

Asepsie du matériel. — Le matériel était tenu dans un état rigoureux de propreté et d'asepsie.

Tous les jours les parquets étaient lavés antiseptiquement, les murs toutes les semaines.

La maternité avait son linge spécial.

Les lits et le matériel y attenant étaient désinfectés dès qu'une femme avait présenté des accidents fébriles.

Nous avons décrit en détail le local de la maternité de l'hôpital Saint-Louis telle qu'elle existait quand M. le Dr Porak la quitta. On a pu voir à quelle distance nous étions de l'idéal de construction et d'aménagement obtenu aux deux cliniques, à celle de mon illustre maître, le professeur Tarnier, et à la clinique Baudelocque, toutes deux voisines de la perfection. Nous avons passé en revue la plupart des éléments nécessaires pour que le lecteur puisse lui-même porter un jugement équitable sur les conditions d'hygiène générale et partielle du service. Toutes les améliorations que la disposition des locaux permettait ont été apportées par l'administration. Chemin faisant, on a pu constater les desiderata nombreux et les infrac-

tions continues aux lois les plus simples de l'hygiène moderne; nous avons signalé les améliorations dont on est redevable à M. le Dr Porak. Rappelons en quelques mots qu'avant 1883, il n'y avait pas d'inspection dans le service externe; dans le service interne, le chef de service, mettant en pratique scrupuleusement les principes de l'antisepsie obstétricale, a introduit les soins hygiéniques généraux, les soins hygiéniques personnels aux femmes reçues ou envoyées en ville, il a formé le personnel à la nouvelle règle, on doit à son initiative sans cesse en éveil nombre d'améliorations partielles, à son entrée la transformation complète du service précédent, la création d'une chambre de nourrice, d'une chambre de change, d'une office, d'un service d'isolement, l'ouverture d'une trémie, l'adaptation aux fenêtres de vitres perforées, la suppression du calorifère, l'installation des cheminées à feu ouvert, etc. Mais que faire là où l'espace, l'air et la lumière manquent? Ne sont-ils pas la base exigée de la propreté et de la salubrité?

Ces conditions hygiéniques générales défectueuses constituaient pour le service interne un état sanitaire assez instable. En été, il était généralement satisfaisant. Mais, avec l'hiver, avec la fermeture plus hermétique des fenêtres, des accidents fébriles s'établissaient de temps à autre. On verra plus tard que la statistique de mortalité n'est pas mauvaise, on ne peut pas en dire autant de la statistique de la morbidité. C'est en consultant avec une attention toujours en éveil les élévations de la température chez les nouvelles accouchées qu'on était prévenu des imminences morbides. Aussi le chef de service tenait-il qu'une partie des lits du dortoir fût vacante. Il

s'efforçait à tour de rôle d'évacuer les huit lits d'un des trois segments du dortoir, ce qui permettait d'établir un roulement. On en profitait pour y pratiquer des nettoyages successifs à fond de chacune de ces trois parties du service, pour y établir l'ouverture des châssis oblitérant les vitres perforées et favorisant une ventilation sans courant d'air. Mais en hiver le nombre des accouchements était plus fréquent, l'activité du service plus grande, il était souvent très difficile d'établir assez fréquemment ce roulement.

En présence de ces données, on conviendra que la vraie solution à fournir est celle vers laquelle on semble s'acheminer peu à peu, à savoir l'évacuation totale de la maternité du pavillon Lugol.

PERSONNEL.

Le personnel comprend :

Pour le service général : un chef de service, un interne, des externes, deux sages-femmes, une surveillante, deux filles de jour, deux filles de nuit, deux nourrices, un infirmier.

Pour le service d'isolement, une fille de jour et une fille de nuit.

L'infirmier faisant de plus tous les matins le service de la consultation.

MOUVEMENT.

Parmi les femmes enceintes qui se présentent, les unes

étaient retenues à l'hôpital, les autres dirigées sur le service externe.

On n'envoyait chez les sages-femmes agréées que les femmes dont l'accouchement n'était pas imminent et chez lesquelles on ne constatait rien d'anormal.

On gardait à l'hôpital toutes les femmes dont l'accouchement était imminent ou qui présentaient quelque particularité intéressante ou quelque cause de dystocie.

Toute nouvelle accouchée était ordinairement portée dès son accouchement dans le dortoir des femmes enceintes.

Les chambres d'isolement ne devaient recevoir que des femmes ayant été examinées en ville ou ayant subi des manœuvres les rendant suspectes.

Parmi les nouvelles accouchées, lorsque l'une d'elles présentait des accidents fébriles ou que l'enfant présentait de l'ophtalmie ou tout autre cause de suppuration, elle était transportée dans une chambre d'isolement. Mais dès que les accidents fébriles devenaient une manifestation certaine d'un état infectieux, la femme qui les présentait cessait de rentrer dans la catégorie des suspects pour être considérée comme malade. Le petit nombre des chambres d'isolement annexées à ce service, les règlements d'ailleurs formels de l'Assistance publique nécessitaient l'envoi de cette femme malade dans un des services généraux de médecine de l'hôpital.

M. Porak a tenu rigoureusement à ce que la séparation des femmes malades d'avec les suspects eût lieu.

A côté des avantages incontestables de cette manière de faire, il faut reconnaître qu'elle avait quelques in-

convénients. M. Vidal s'est plaint en particulier que la présence dans son service des femmes atteintes d'infection puerpérale avait été le point de départ d'érysipèles survenus à la suite du traitement des lupus par les scarifications.

Faute d'un service approprié aux soins à donner aux femmes atteintes de septicémie, il fallait donc ou faire courir le risque d'accidents aux femmes saines de la maternité ou compromettre dans une plus faible mesure la santé des malades traités dans les services de médecine générale. Mais il n'y avait pas moyen de faire autrement. La séparation des fébricitants et des femmes saines est un principe d'hygiène des maternités absolu, qui ne doit pas supporter une seule exception.

SOINS ANTISEPTIQUES.

Les élèves, tenus à une grande propreté, s'engageaient sur l'honneur à ne pas faire d'autopsie ni d'examen septique sans prendre ensuite un bain de sublimé et rester 24 heures sans examiner de femme en travail.

Le personnel médical en entrant dans le service revêtait des habits de toile propre ; les mains étaient brossées, savonnées, lavées au sublimé immédiatement avant et après toute exploration interne.

Les femmes enceintes, une fois admises, prenaient un bain, si possible, et dans le cas contraire, étaient lavées, puis recevaient une injection vaginale.

Après l'accouchement, on a fait pendant les premières années des injections intra-utérines, la canule était in-

troisième de parti pris dans la cavité utérine qui est largement ouverte à ce moment. Plus tard, à la suite de morts par choc et intoxication mercurielle, on s'est borné à pratiquer les injections vaginales.

Pendant les couches, on faisait trois toilettes par jour. Les infirmières devaient simplement écarter les grandes lèvres après s'être soigneusement lavé les mains et absterger les parois génitales à l'aide d'une injection. Bien entendu chaque femme avait la canule qui séjournait continuellement dans l'intervalle des toilettes dans un vase oblong, rempli d'une solution de sublimé corrosif au 1/1000.

Le vase à injection était en verre, soutenu par un support métallique. Il était placé sur une planchette située à un peu moins d'un mètre au-dessus du lit de chaque nouvelle accouchée.

Le pansement de la vulve était assuré à l'aide d'une compresse trempée dans une solution d'alun à 1/50, et maintenu en place à l'aide d'un pansement approprié.

Lorsqu'il y avait des lochies fétides, on pratiquait des injections vaginales ; celles-ci devaient toujours être faites par la sage-femme.

Les substances antiseptiques employées ont été différentes suivant les années. Mais dans ces dernières années, M. Porak n'employait plus guère que les solutions de sublimé, à un titre de solution divers suivant l'époque et le cas.

On se servait de vaseline au sublimé. — M. Porak avait fait construire des pots de très petite contenance, fermés. Dans son intention, la provision de vaseline devait être

souvent renouvelée, on devait nettoyer fréquemment le récipient qui la contenait, — le peu de temps pendant lequel elle restait dans ces pots était d'ailleurs un sûr garant qu'elle ne s'infectait pas.

Toutes les fois qu'on se servait d'instruments métalliques, on les flambait et on les mettait dans des vases contenant des solutions phéniquées fortes.

Les instruments en gomme, tels que sondes pour cathétérisme, plongeaient en permanence dans de la solution de sublimé au 1/1000.

II. — SERVICE EXTERNE.

Locaux et fonctionnement. — Le service externe est fait par les sages-femmes agréées par l'administration de l'assistance publique.

Leur appartement doit être aussi près que possible de l'hôpital, et pas plus haut que le second étage.

Les chambres qu'elles mettent à la disposition de l'Assistance sont choisies par l'Administration elle-même, d'après plan levé et rapports du directeur de l'hôpital et du chef de service ; elles ne doivent être utilisées que par l'Administration. Il va sans dire que cette dernière ne reconnaît pour habitables que des chambres dont l'orientation, le cubage, le chauffage, la ventilation, etc., sont absolument conformes aux règles de l'hygiène.

Chaque accouchée restant 10 jours après son accouchement, et le lit restant vide pendant 10 jours après son départ, il s'en suit qu'un lit n'est occupé que 20 jours sur 30. Pendant les 10 jours de repos, la fenêtre de la cham-

bre inoccupée doit rester largement constamment ouverte, la literie mise à l'air.

Nous avons déjà dit que les parturientes, examinées d'abord à l'hôpital, ne sont dirigées chez une sage-femme que si la grossesse avait été normale, était à terme, que si l'accouchement n'était pas imminent, ni ne devait présenter aucune difficulté. Pendant leur séjour en ville, elles sont sous la surveillance du chef de service, qui les visite au moins une fois.

Des solutions antiseptiques sont délivrées par la pharmacie de l'hôpital pour les lavages à faire pendant les suites de couches. Ces solutions étaient d'abord composées d'alcool 750 grammes, acide phénique 250 grammes. Plus tard on leur a fourni des solutions composées d'eau un litre par 50 grammes de sublimé et 50 grammes de sel marin. Chaque sage-femme possédait un verre sur lequel on avait marqué au trait la quantité d'eau de ce mélange contenant cinquante centigrammes de sublimé conversif. Elle devait en faire une solution par un litre d'eau. Cela lui fournissait cent litres de sublimé au 1/2000, avec lesquels elle pouvait non seulement procéder à la toilette des femmes, mais au lavage du parquet et aux solutions dans lesquelles devaient tremper les instruments.

S'il survient après un accouchement des accidents fébriles, la nouvelle accouchée est transportée à l'hôpital, et la chambre qu'elle occupait est désinfectée et laissée vide plus longtemps qu'à l'ordinaire.

Pendant la période dont nous nous occupons, le nombre de sages-femmes agréées a oscillé de 16 à 18 correspondant à 45 lits en moyenne d'accouchées.

CHAPITRE II

Le chapitre II comprend le mouvement et l'état sanitaire tant du service externe que du service interne.

Nous avons établi le mouvement, la morbidité et la mortalité du service externe d'après les relevés de l'administration.

Quant au service interne, nous avons nous-même revu les registres d'observations collectionnées par M. Porak, année par année, et dressé les statistiques qui feront l'objet de ce second chapitre, ainsi que du troisième.

Du 1^{er} janvier 1876 au 1^{er} janvier 1883, il y a eu

dans le service interne	5088	entrées
dans le service externe	4737	»
Total	<u>9825</u>	

Du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} juillet 1889, il y a eu

dans le service interne	4024	entrées
dans le service externe	6356	»
Total	<u>10380</u>	

Donc pour un temps plus court de six mois, il y a eu dans la seconde période une activité plus grande dans le mouvement du service.

On remarquera de plus que l'activité a été moindre dans le service interne, 4024 entrées contre 5088, et plus grande dans le service externe, 6356 contre 4737.

Cette différence provient d'une part qu'il existait dans

le service interne, dans la salle des femmes saines, six lits de moins, et que M. Porak tenait à ce qu'une partie de son service fût vacante. Ce n'est donc que dans ce cas où tous les lits et tous les berceaux étaient occupés que le cubage rapporté à chaque présent s'élevait à 12 m. c., quantité d'air par personne absolument au-dessous du chiffre exigible dans le service hospitalier.

A. — Mouvement et état sanitaire du service externe.

1° Mouvement.

Dans le service externe, du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} juillet 1889, il y eut 6356 admissions ainsi détaillées par année :

En 1883, 779 admissions, soit 12, 25 pour 100.

En 1884, 924 admissions, soit 14, 53 pour 100.

En 1885, 982 admissions, soit 15, 45 pour 100.

En 1886, 969 admissions, soit 15, 24 pour 100.

En 1887, 1042 admissions, soit 16, 39 pour 100.

En 1888, 1072 admissions, soit 16, 86 pour 100.

En 1889, dans le premier semestre seulement, 588 admissions, soit 18, 50 pour 100.

2° Morbidité.

Pendant cette période, on constata 46 cas de morbidité, ainsi répartis :

En 1883, 2 cas, dont une pneumonie et une septicémie, soit 0,26 pour 100.

En 1884, 16 cas, dont une éclampsie, douze septicémies, et 3 cas de cause inconnue, soit 1, 73 pour 100.

En 1885, 3 cas, dont deux septicémies, et 1 cas de cause inconnue, soit 0,30 pour 100.

En 1886, 10 cas, dont une manie aiguë, une éclampsie, et huit septicémies, soit 1,03 pour 100.

En 1887, 7 cas, dont une laryngite, quatre septicémies et 2 cas de cause inconnue, soit 0,67 pour 100.

En 1888, 8 cas, dont une fièvre typhoïde, six septicémies et 1 cas de fièvre inconnue, soit 0,74 pour 100.

En 1889 (premier semestre), pas de morbidité.

Ces 46 femmes, dont les suites de couches furent pathologiques, sont marquées sur les cahiers de l'administration, comme ayant été réintégrées dans un service de médecine de l'hôpital. Elles donnent une morbidité générale de 0,72 pour 100 pour le service externe.

3° *Mortalité.*

Pendant le même laps de temps, on enregistre 22 décès, dont le total se décompose ainsi par année :

En 1883, pas de décès.

En 1884, huit décès, dont sept reconnaissant pour cause la septicémie, et un de cause inconnue, soit 0,86 pour 100.

En 1885, un décès, de cause infectieuse, soit 0,10 pour 100.

En 1886, cinq décès, dont quatre dus à la septicémie, un à l'éclampsie, soit 0,51 pour 100.

En 1887, quatre décès ; dont trois dus à la septicémie, un de cause inconnue, soit 0,38 pour 100.

En 1888, quatre décès; dont trois de cause infectieuse, un dû à la fièvre typhoïde, soit 0,37 pour 100.

En 1889 (premier semestre), pas de décès.

Nous avons ainsi dans le service externe, une mortalité totale de 0,34 pour 100 et une mortalité par infection de 0,31 pour 100.

Tels sont les résultats obtenus dans le service externe.

Ils peuvent être considérés comme absolument exacts pour ce qui regarde la mortalité.

Il n'en est pas tout à fait de même pour la morbidité.

Les sages-femmes agréées cherchaient, cela ne semble pas douteux, à ne prévenir le chef de service que lorsque l'une de leurs pensionnaires était atteinte d'accidents qui ne pouvaient pas passer inaperçus. La constatation d'accidents septiques entraînait, en effet, la prescription du nettoyage de la chambre occupée et sa vacance pendant un certain temps. Cela équivalait au non envoi d'une parturiente pour le tour suivant et par conséquent à une perte d'argent. Le contrôle était d'ailleurs fait d'une façon très sévère.

Les parturientes ne présentant aucune anomalie, étaient examinées par la sage-femme de garde avant leur envoi chez la sage-femme agréée, munie d'une feuille statistique en partie remplie par la sage-femme interne, achevée par la sage-femme agréée. Le chef de service examinait toutes ces feuilles statistiques, les contrôlait au moment de la visite, les signait et inscrivait ses observations. A leur sortie les femmes relevées de couches étaient toutes examinées par le chef de service ou par l'interne, interrogées avec soin et se présentaient de nouveau chez le directeur avant d'être renvoyées chez elles.

Tout accident fébrile un peu sérieux devait donc laisser quelques traces à la sortie qui ne pouvaient échapper à un examen médical toujours attentif.

Mais les états fébriles, ne durant qu'un jour ou peu de jours devaient être dissimulés. Les sages-femmes agréées se refusaient d'ailleurs à accorder tout caractère infectieux à une élévation thermique durant peu de temps et ne s'accompagnant d'ailleurs pas de phénomènes généraux importants.

On verra tout à l'heure que pour ce qui regarde la morbidité dans le service interne, nous n'avons pas suivi les mêmes principes.

Nous avons indiqué en bloc toutes les élévations de température sans distinction de la cause qui avait pu les provoquer.

Il n'y a donc pas de comparaison à établir entre la morbidité constatée chez les sages-femmes agréées et la morbidité observée à l'hôpital.

Les résultats sont au contraire comparables pour la mortalité dans les deux services.

Du 1^{er} janvier 1876 au 1^{er} janvier 1883, sur les 4737 femmes accouchées chez les sages-femmes agréées la mortalité totale comptait 35 décès, c'est-à-dire une proportion de 0,79 pour 100. Du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} juillet 1889 sur les 6356 femmes accouchées chez les sages-femmes agréées la mortalité totale, sans distinction de cause, comptait 22 décès, c'est-à-dire une proportion de 0,34 pour 100. Elle est donc tombée presque de moitié.

Ajoutons qu'aucun cas n'a pu échapper à notre con-

trôle, pendant cette dernière période où l'inspection des sages-femmes agréées a été établie.

Ainsi donc, il a suffi de surveiller attentivement les sages-femmes, ou de leur fournir régulièrement des substances antiseptiques pour obtenir une diminution de la mortalité de la moitié.

B. — Mouvement et état sanitaire du service interne.

1° *Mouvement.*

Dans le service interne, du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} juillet 1889, il y eut un total de 4024 admissions, ainsi réparties par année :

En 1883, 646 admissions, soit 16,05 pour 100.

En 1884, 637 admissions, soit 15,85 pour 100.

En 1885, 597 admissions, soit 14,83 pour 100.

En 1886, 673 admissions, soit 16,72 pour 100.

En 1887, 589 admissions, soit 14,65 pour 100.

En 1888, 595 admissions, soit 14,78 pour 100.

En 1889 (premier semestre), 287 admissions, soit 14,26 pour 100.

2° *Morbidité.*

Pendant ce même temps, le thermomètre constate 828 cas de fièvre dépassant 38°. Ce total de 828 se décompose ainsi par année :

En 1883, 102 cas, parmi lesquels la fièvre dura 29 fois

un jour, 27 fois deux jours, 13 fois trois jours, 7 fois quatre jours, 24 fois plus de quatre jours.

En 1884, 97 cas, parmi lesquels la fièvre dura 25 fois un jour, 20 fois deux jours, 10 fois trois jours, 5 fois quatre jours, 37 fois plus de quatre jours.

En 1885, 70 cas, parmi lesquels la fièvre dura 25 fois un jour, 15 fois deux jours, 7 fois trois jours, 3 fois quatre jours, 20 fois plus de quatre jours.

En 1886, 121 cas, parmi lesquels la fièvre dura 49 fois un jour, 29 fois deux jours, 16 fois trois jours, 5 fois quatre jours, 22 fois plus de quatre jours.

En 1887, 175 cas, parmi lesquels la fièvre dura 56 fois un jour, 43 fois deux jours, 24 fois trois jours, 15 fois quatre jours, 37 fois plus de quatre jours.

En 1888, 191 cas, parmi lesquels la fièvre dura 70 fois un jour, 42 fois deux jours, 14 fois trois jours, 19 fois quatre jours, 46 fois plus de quatre jours.

En 1889 (premier semestre), 72 cas, parmi lesquels la fièvre dura 31 fois un jour, 15 fois deux jours, 10 fois trois jours, 9 fois quatre jours, 7 fois plus de quatre jours.

Le pourcentage accuse donc une morbidité de 20,70 pour 100.

D'après ce que nous avons dit, nous ne pouvons pas comparer la morbidité du service externe et du service interne, ni par conséquent, le chiffre total qui en exprimerait la fréquence pour les deux services.

Dans le service interne la morbidité est très élevée puisqu'elle accuse un chiffre de 20 pour 100. On aurait lieu de s'effrayer de ce chiffre, mais il faut bien remarquer

qu'il s'agit de toute élévation thermique au-dessus de 38°, sans distinction de cause. Les cas seuls où la fièvre a duré plus de 4 jours mériteraient une attention spéciale.

Les cas de fièvre ayant duré 4 jours au plus s'élevèrent à 635, ce qui fait 15,78 pour 100.

Les cas de fièvre ayant duré plus de 4 jours s'élevaient à 193, ce qui fait 4,79 pour 100.

3° Mortalité.

Durant cette période, il y eut dans le service interne 73 décès, ainsi partagés entre chaque année :

En 1883, 3 décès reconnaissant pour cause : 1 l'anémie pernicieuse, 1 la rupture traumatique de l'utérus, 1 l'infection puerpérale, soit 0,46 pour 100.

En 1884, 17 décès reconnaissant pour cause : 2 la pneumonie, 1 la manie aiguë, 1 la cachexie cancéreuse, 3 l'insertion vicieuse du placenta, 2 l'éclampsie, 1 les corps fibreux utérins, 7 l'infection puerpérale, soit 2,66 pour 100.

En 1885, 8 décès reconnaissant pour cause : 1 la broncho-pneumonie, 2 l'insertion vicieuse du placenta, 2 la rupture de l'utérus, 3 l'infection puerpérale, soit 1,34 pour 100.

En 1886, 10 décès reconnaissant pour cause : 2 l'intoxication mercurielle, 1 la cachexie cardiaque, 1 l'insertion vicieuse du placenta, 2 la rupture de l'utérus, 4 l'infection puerpérale, soit 1,48 pour 100.

En 1887, 18 décès reconnaissant pour cause : 1 l'intoxication mercurielle, 1 la néphrite aiguë, 1 la pleurésie,

1 la pneumonie, 4 l'éclampsie, 1 l'insertion vicieuse du placenta, 1 les vomissements incoercibles, 1 la grossesse extra-utérine, 2 les hémorrhagies après la délivrance, 1 la rupture de l'utérus, 4 l'infection puerpérale, soit 3,05 pour 100.

En 1888, 12 décès reconnaissant pour cause : 1 la méningite, 1 le choc consécutif à une injection intra-utérine, 1 la fièvre typhoïde, 1 l'insuffisance mitrale, 2 l'éclampsie, 1 l'insertion vicieuse du placenta, 5 l'infection puerpérale, soit 2,01 pour 100.

En 1889 (premier semestre), 5 décès reconnaissant pour cause : 1 l'endocardite aiguë, 1 l'éclampsie, 1 des corps fibreux utérins, 1 la rupture de l'utérus, 1 l'infection puerpérale, soit 1,74 pour 100.

L'infection puerpérale seule a donné par année :

En 1883, 1 décès, soit 0,15 pour 100.

En 1884, 7 décès, soit 1,09 pour 100.

En 1885, 3 décès, soit 0,50 pour 100.

En 1886, 4 décès, soit 0,59 pour 100.

En 1887, 4 décès, soit 0,67 pour 100.

En 1888, 5 décès, soit 0,84 pour 100.

En 1889 (premier semestre), 1 décès, soit 0,34 pour 100.

Nous allons esquisser une courte notice sur chacun des décès précédents. Le numéro qui précède chaque notice est le numéro d'ordre de l'observation classée dans les registres de M. Porak. M. le Dr Porak a voulu ainsi faciliter les recherches de quiconque voudrait recourir aux observations elles-mêmes et les met à sa disposition.

ANNÉE 1883.

1° 3. *Rupture traumatique de l'utérus.* — Femme près du terme, renversée par une voiture. Contusions multiples. Entrée le 28 décembre 1882 dans le service; faux travail. Rupture de la poche des eaux. Putréfaction de l'œuf. Mort le 20 février. A l'autopsie, le fœtus était contenu dans le kyste limité par des adhérences pseudomembraneuses; le col de l'utérus était intact, mais le corps était ouvert dans toute sa paroi antérieure et le muscle utérin étalé et visible dans la paroi postérieure du kyste. Pour plus de détails voir la thèse de Jaille, 1886, p. 47.

2° 204. *Anémie pernicieuse (?)* — Grossesse de 7 mois 1/2. Forceps. Phénomènes anémiques prononcés. Transport dans le service de M. Ollivier, dyspnée, mort 9 jours après l'accouchement. A l'autopsie, rate un peu grosse, diagnostic reste incertain entre néphrite et anémie pernicieuse. Cette femme avait eu des accidents impaludiques.

3° 512. *Septicémie.* — Primipare âgée. Inertie utérine. Travail très prolongé. Forceps. Mort 5 jours après l'accouchement. Septicémie contractée dans le service.

ANNÉE 1884.

1° 642. *Pneumonie.* — Constatée à l'autopsie. Primipare. Accouchement normal. Mort le neuvième jour après l'accouchement.

2° 680. *Pneumonie*. — Contractée à l'autopsie. Multipare. Accouchement normal. Mort le cinquième jour.

3° 687. *Broncho-Pneumonie séptique*. — Constatée à l'autopsie. Primipare. Résistance du périnée. Forceps. Mort 15 jours après. Septicémie (?)

4° 750. *Rétrécissement mitral*. — Constatée à l'autopsie. Multipare. Accouchement prématuré à 8 mois. Pendant la grossesse, œdème et essoufflement, quintes de toux ; immédiatement après la délivrance le 6 juin, premier accès violent d'orthopnée. Asystolie. Mort le 2 juillet. A l'autopsie pus dans l'excavation.

5° 782. *Manie aiguë*. — La malade aurait eu des accès de mélancolie délirante pendant sa grossesse. Une hémorrhagie nécessite son transport à l'hôpital. Accouchement le 25 juin, 5 heures après l'accouchement, la malade refuse les aliments. Idées de persécution, lypémanie. Mort le 2 juillet.

6° 827. *Carcinome du rectum*. — Multipare. Avortement au cinquième mois. Accidents péritonéaux pendant la grossesse.

Morte de cachexie cancéreuse. Généralisation cancéreuse du péritoine et du foie.

7° 579. *Insertion vicieuse du placenta*. — Multipare, enceinte de 8 mois. Hémorrhagies en ville le 3 décembre, dans la nuit ; transport à l'hôpital, tamponnement. Nouvelles hémorrhagies le 6 janvier. Deux tamponnements impuissants. Mort le soir à 5 heures.

8° 725. *Insertion vicieuse du placenta*. — Multipare. Hémorrhagie en ville, tamponnement impuissant. Transport à l'hôpital. M. Porak fait la transfusion ; le 19 mai,

120 grammes de sang sont transmis du mari à la femme. L'accouchement provoqué par le dilatateur a lieu le 22. La malade meurt le 10 juin à la suite d'un mouvement pour se retourner dans son lit, lorsque M. Porak se préparait à lui faire une seconde transfusion, décidée en principe.

9° 1113. *Insertion vicieuse du placenta.* — Multipare, apportée à l'hôpital, exsanguë, tamponnement. M. Porak passe à travers le placenta central, rompt les membranes et fait la version. Mort quelques minutes après.

10° 720. *Eclampsie.* — Primipare. (Edème et albuminurie légère pendant la grossesse. Morte après un seul accès convulsif survenu un quart d'heure après l'accouchement.

11° 1014. *Eclampsie et septicémie consécutive.* — Primipare, à terme. Attaques convulsives avant l'accouchement. Forceps. Phlegmon péri-vaginal, gangrène pulmonaire. Morte d'accidents septiques 17 jours après l'accouchement.

12° 838. *Corps fibreux.* — Multipare. Corps fibreux du segment inférieur de l'utérus. Accidents péritonéaux au début de la grossesse, insertion vicieuse du placenta, hémorragies pendant la grossesse. Entrée à l'hôpital au début d'une péritonite survenue dans le cours du huitième mois, enfant mort, mort de la mère quelques jours après, avant son accouchement. A l'autopsie, suppuration du corps fibreux.

13° 595. *Pyohémie.* — Multipare. En travail depuis trois jours. Apportée à l'hôpital après trois applications de forceps faites en ville, enfant mort. Céphalotripsie. Morte 24 jours après de pyohémie.

14° 624. *Pyohémie.* — Primipare. Accouchement préma-

turé de huit mois, de cause inconnue. Morte 10 jours après son accouchement de péritonite.

15° 685. *Septicémie*. — Multipare. Accouchement normal. Morte 11 jours après son accouchement de septicémie.

16° 953. *Septicémie*. — Présentation du front avec pro-
cidence du bras. Rupture artificielle des membranes
faite en ville. Travail prolongé (41 heures). A l'hôpital,
version par manœuvres internes. Mort 4 jours après de
septicémie aiguë.

17° 956. *Septicémie*. — Multipare. Accouchement en
ville et ergot. Rétention du placenta. Après plusieurs
tentatives d'extraction faites en ville, 14 heures après
l'accouchement, transport à l'hôpital. La malade dans
un état d'anémie profonde est délivrée immédiatement
par M. Porak qui lui fait la transfusion. Morte 22 jours
après de septicémie.

ANNÉE 1885.

1° 132. *Broncho-pneumonie*. — Tuberculose pulmonaire
antérieure à l'accouchement. Mort quelques jours après
l'accouchement de broncho-pneumonie.

2° 308. *Insertion vicieuse du placenta*. — Multipare.
Hémorragies en ville : Anémie profonde. Accouchement
à l'hôpital. Morte quelques heures après de syncope.

3° 426. *Insertion vicieuse du placenta*. — Femme appor-
tée exsangüe à l'hôpital ; tamponnement ; version. Mort
le jour même de son entrée.

4° 82. *Rupture de l'utérus*. — Présentation du siège.

Manœuvres multiples faites inutilement en ville pour terminer l'accouchement. A l'arrivée de la mère à l'hôpital, on constate que l'abdomen du fœtus est considérablement distendu par du liquide, on constate en même temps une rupture de l'utérus : on ponctionne le fœtus et on l'extrait facilement. A l'autopsie du fœtus, on trouve une dégénérescence kystique des reins et un urètre valvulaire. Mort de la mère quelques heures après l'accouchement.

5° 208. *Rupture de l'utérus*. — Présentation de l'épaule. Version impossible en ville. A l'arrivée à l'hôpital on constate une rupture de l'utérus. Embryotomie. Mort de la mère le quatrième jour.

6° 250. *Septicémie*. — Hémorrhagie avant la délivrance ; délivrance artificielle. Phlébite du membre inférieur gauche. Mort au quarante-deuxième jour après l'accouchement.

7° 81. *Septicémie*. — Trois applications de forceps en ville, le périnée déchiré complètement avant l'entrée à l'hôpital. Forceps à l'hôpital pour extraire l'enfant, puis périnéorrhaphie. Mort quatre jours après l'accouchement.

8° 425. *Septicémie*. — Avortement au troisième mois de la grossesse. Rétention du placenta, tentatives de délivrance faites en ville, délivrance artificielle à l'hôpital. Mort quinze jours après de péritonite généralisée.

ANNÉE 1886.

1° 491. *Intoxication mercurielle*. — Accouchement normal à terme. On ne fit qu'une seule injection au bichlorure de mercure au $\frac{1}{2000}$, comme on le faisait ordinairement, im-

médiatement après l'accouchement; une demi-heure après grand frisson et température 41°; le lendemain céphalalgie, angine, anurie. Mort quatre jours après.

2° 508. *Intoxication mercurielle.* — Femme maniant des préparations mercurielles, atteinte avant l'accouchement d'intoxication hydrargyrique (liseré des gencives). Injection après l'accouchement d'une solution de biiodure de mercure. Stomatite intense comme gangréneuse, diarrhée, diminution notable de l'urination. Albumine. Bronchite capillaire. A l'autopsie, néphrite aiguë.

3° 576. *Rétrécissement mitral.* — Œdème et dyspnée pendant la grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois. L'asystolie s'aggrave après l'accouchement. Mort un mois après.

4° 122. *Insertion vicieuse du placenta.* — Femme apportée exsangüe à l'hôpital. Succombe quelques heures après son accouchement.

5° 362. *Perforation de la vessie et rupture de l'utérus.* — Cathétérisme vésical fait en ville avec une sonde métallique. Forceps appliqué en ville sans succès. Enfant mort et macéré. A l'hôpital, accouchement avec le forceps. Mort de la parturiente quelques heures après dans le collapsus. On trouve à l'autopsie une perforation de la vessie et de l'utérus.

6° 129. *Rupture spontanée de l'utérus.* — Multipare, à terme. 18 heures après le début du travail, l'utérus se rompt spontanément, et le col se reforme. M. Porak pratique la laparotomie suivie de l'amputation par le procédé de Porro. La malade meurt quelques jours après de péritonite.

7° 138. *Pyohémie*. — Délivrance mal faite, rétention probable d'un cotylédon placentaire. Mort de péritonite le douzième jour (résultats communiqués par M. Hallopeau, qui a fait l'autopsie).

8° 177. *Septicémie*. — Présentation de l'épaule. Tentatives d'extraction faites en ville. A l'hôpital embryotomie. Mort de septicémie sept jours après l'accouchement.

9° 179. *Pyohémie*. — Délivrance incomplète, rétention probable d'un cotylédon. Mort quinze jours après l'accouchement de péritonite purulente.

10° 615. *Septicémie*. — Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies et tamponnement en ville. Mort le cinquième jour de septicémie aiguë.

ANNÉE 1887.

1° 171. *Intoxication mercurielle*. — Multipare, avortement de trois mois. Temp. 39°. Immédiatement après l'accouchement injection intra-utérine de sublimé au 1/4000; puis pendant trois jours, une injection intra-vaginale au l'iodure d'hydrargyre au 1/3000 chaque jour. On supprima l'injection vaginale le quatrième jour, au moment où l'intoxication présenta des symptômes manifestes. Mort le onzième jour après l'accouchement.

2° 219. *Néphrite aiguë*. — Survenue après l'accouchement. Congestion pulmonaire, albuminurie, coma urémique. Mort.

3° 453. *Pleurésie*. — La maladie avait débuté avant l'accouchement. Mort six semaines après.

4° 513. *Pneumonie*. — Femme accouchée en voiture. Morte le huitième jour.

5° 110. *Eclampsie*. — Primipare. Nombreuses attaques convulsives en ville. Apportée à l'hôpital, dans le coma ; la malade accouche spontanément deux heures après. Malgré la diminution du nombre et de l'intensité des attaques, mort quarante-huit heures après l'accouchement.

6° 127. *Eclampsie*. — Primipare. Grossesse de six mois. Nombreuses attaques en ville. Coma persistant pendant son accouchement à l'hôpital. Mort douze heures après.

7° 209. *Eclampsie*. — Primipare. Nombreuses attaques en ville. Forcée à l'hôpital. Mort subite immédiatement après la délivrance, peut-être par intoxication chloroformique.

8° 222. *Eclampsie*. — Primipare. Nombreuses attaques avant son entrée dans le service. Accouchement spontané. Coma persistant, mort quarante-huit heures après.

9° 372 bis. *Insertion vicieuse du placenta*. — Femme, apportée agonisante à l'hôpital. Opération césarienne *post mortem*.

10° 567. *Vomissements incoercibles*. — Grossesse de trois mois environ. A son entrée, état grave, avec ictère et anurie, foie atrophie. Avortement provoqué. Mort le lendemain.

11° 7. *Hémorrhagie après la délivrance*. — Primipare. O I D P. Accouchement spontané, délivrance naturelle, inertie utérine secondaire, mort par hémorrhagie foudroyante, 1 heure 1/2 après la délivrance.

12° 240. *Hémorrhagie après la délivrance*. — Accouchement spontané. Délivrance naturelle. Mort par hémor-

rhagie foudroyante et syncope une heure après la délivrance.

13° 562. *Rupture de l'utérus.* — Femme en travail depuis trois jours lorsqu'on l'apporte à l'hôpital : à son arrivée on constate une rupture utérine en même temps qu'une hydrocéphalie fœtale. On extrait le fœtus avec le forceps après avoir ponctionné le crâne. Mort de la mère une heure après.

14° 45. *Septicémie.* — Rétention du placenta depuis 4 jours ; la malade à son entrée à l'hôpital est atteinte déjà de septicémie. Délivrance artificielle, mort 4 jours après.

15° 145. *Septicémie.* — Femme accouchée dans la rue, délivrée par une sage-femme appelée pour la circonstance. Morte huit jours après son passage dans un service de médecine.

16° 428 bis. — Grossesse intra-utérine abdominale. Femme apportée à l'hôpital dans un état grave. Laparatomie. Mort quelques jours après l'opération.

17° 510. *Septicémie.* — Contractée à l'hôpital. Accouchement spontané, délivrance naturelle. Mort 14 jours après.

18° 516. *Septicémie.* — Contractée à l'hôpital. Accouchement spontané, délivrance naturelle. Mort 14 jours après.

ANNÉE 1888.

1° 47. *Méningite aiguë ?* — Femme ayant présenté l'ascension de température avec des frissons et des phénomènes méningitiques manifestes : inégalité pupillaire, paraly-

sie de l'orbiculaire gauche, contracture de l'un des bras. Pas d'autopsie.

2° 405. *Fièvre typhoïde*. — L'autopsie révéla la congestion de plaques de Peyer, et pas autre chose.

3° 547. *Insuffisance mitrale*. — Femme venue seule à l'hôpital. Accouchement spontané. Morte le lendemain.

4° 748. *Choc*. — Femme présentant le cinquième jour après son accouchement un peu de fétidité des lochies et une ascension faible de la température. Injection intra-utérine faite avec les plus grands soins vers 10 heures du matin. A partir de midi, phénomènes généraux graves : anxiété respiratoire, affollement du poulx, faciès péritonéal. Mort à 4 heures de l'après-midi.

Autopsie complètement négative.

5° 129. *Eclampsie*. — Attaques subcontinues avant l'accouchement, mort 6 jours après. A l'autopsie, pus dans la cavité péritonéale.

6° 475. *Eclampsie*. — Nombreuses attaques en ville. Forceps à l'hôpital. Mort le lendemain matin.

7° 191. *Insertion vicieuse du placenta*. — Femme apportée exsangue à l'hôpital. Accouchement. Mort le même jour.

8° 6. *Septicémie*. — Accouchement normal. Mort le onzième jour.

9° 69. *Pyohémie*. — Avortement de trois mois. La malade entre à l'hôpital 3 semaines après sa fausse-couche, atteinte de rétention placentaire et d'un début de péritonite. Délivrance artificielle, mort le sixième jour de péritonite généralisée.

10° 111. *Septicémie*. — Accouchement spontané en ville.

Délivrance artificielle à l'hôpital. Mort de septicémie un mois et demi après.

11° 375. *Pyohémie*. — Application de forceps. Mort le cinquième jour de péritonite aiguë.

12° 463 bis. *Septicémie*. — Accouchement fait en ville. Corps fibreux multiples, cause de la rétention du placenta. A son arrivée à l'hôpital, la malade était déjà en proie à la septicémie. Mort le sixième jour.

ANNÉE 1889.

1° 84. *Aortite aiguë*. — Multipare. Aortite aiguë greffée sur des lésions athéromateuses anciennes, provoquant un accouchement prématuré à 7 mois. Mort 55 jours après. A l'autopsie, outre les végétations récentes et les lésions anciennes de l'aorte, on constate un épanchement dans les plèvres et des lésions rénales, hépatique et méningitiques.

2° 172. *Eclampsie*. — Primipare. 7 mois 1/2. Nombreuses attaques en ville. Apportée à l'hôpital dans le coma. Accouchement spontané. Morte le lendemain matin.

3° 32. *Corps fibreux. Basiotripsie*. — Mort subite, 6 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouve une embolie pulmonaire, issue de l'utérus. On trouve des caillots dans les veines avoisinant le corps fibreux.

4° 107. *Rupture de l'utérus*. — Arrivée à l'hôpital avec une rupture de l'utérus. Basiotripsie. Mort le troisième jour.

5° 112. *Septicémie*. — Travail long en ville. Accouche-

ment spontané à l'hôpital. Mort le cinquième jour de septicémie.

Ainsi le relevé des décès dans le service interne, d'après les registres à M. Porak, accuse un total de 73 décès, qui se décomposent ainsi suivant les causes.

Causes médico-chirurgicales.	{	Anémie pernicieuse (?).	3
		Méningite (?)	2
		Pneumonie	4
		Intoxication mercurielle	3
		Pleurésie	1
		Cardiopathie	2
		Endocardite aiguë	1
		Manie aiguë	1
		Carcinome généralisé	1
		Néphrite aiguë	1
		Pleurésie	1
		Fièvre typhoïde	1
		Choc	1

En tout 18 décès.

Causes obstétricales	{	Pathologiques	Placenta prævia	8
			Eclampsie	9
			Vomissements incoercibles	1
			Grossesse extra-utérine	1
	{	Dystociques	Rupture de l'utérus	7
			Corps fibreux de l'utérus	2
			Hémorrhagies après la délivrance	2

En tout 30 décès.

Causes infectieuses constatées	Hors de l'hôpital.	13
	Dans l'hôpital	12

En tout 25 décès.

La mortalité du service interne sans distinction de cause de décès compte 73 décès.

Ce qui fait, la totalité des accouchements s'élevant à 4024 admissions, 1,81 pour 100. — Dans les périodes précédentes, de 1876 à 1887, cette mortalité totale s'était élevée à 2,71.

La mortalité des deux services réunis donne pour 10.380 accouchements 95 décès, soit une mortalité de 0,91 pour 100, au lieu de 1,70 pour 100 de la période septennale précédente.

La mortalité par infection puerpérale a donné dans le service externe, nous l'avons dit, 20 décès, soit 0,31 pour 100.

La mortalité par infection puerpérale dans le service interne a donné 25 décès pour 4024 accouchements, soit une proportion de 0,62 pour 100. — On voit donc que l'état sanitaire était moins bon dans le service interne que dans le service externe. Cela justifie la règle de M. Porak qui évacuait périodiquement une partie du service hospitalier, mais il faut remarquer que les cas intérieurs d'infection sont toujours restés au-dessous de la mortalité par infection chez les sages-femmes agréées, ainsi qu'en fait foi le calcul suivant :

Infection contractée à l'hôpital 12 décès, soit 0,24 pour 100.

Infection contractée avant l'admission à l'hôpital 13 décès, soit 0,32 pour 100.

On peut conclure de ces chiffres qu'avec des conditions hygiéniques meilleures, on peut espérer supprimer les accouchements chez les sages-femmes agréées, et concentrer dans l'hôpital même tous les accouchements du service.

CHAPITRE III

Le chapitre III présente le tableau succinct des opérations pratiquées dans le service interne et établit leur mortalité.

Nous comptons parmi les opérations toute intervention dans laquelle on a introduit, soit la main, soit un instrument dans la cavité utérine.

Application de forceps.

En 1883, 40 accouchements furent terminés par le forceps; sur ce nombre on compte deux décès par septicémie contractée à l'hôpital.

En 1884, 31 accouchements furent terminés par le forceps; sur ce nombre on compte, deux décès dont 1 par broncho-pneumonie septique et 1 par éclampsie.

En 1885, 28 accouchements furent terminés par le forceps; sur ce nombre on compte 1 décès par infection. Il y avait eu intervention en ville et la malade était arrivée à l'hôpital non accouchée avec une déchirure large du périnée.

En 1886, 19 accouchements furent terminés par le forceps. Sur ce nombre on compte 1 décès par perforation de la vessie et rupture de l'utérus, faite en ville et constatée à l'entrée à la Maternité.

En 1887, 21 accouchements furent terminés par le forceps. Sur ce nombre on compte 2 décès, dont 1 par éclampsie, et 1 par rupture utérine faite en ville et constatée à l'entrée à l'hôpital.

En 1888, 18 accouchements furent terminés par le forceps. Sur ce nombre on compte 2 décès, dont 1 par éclampsie, 1 par infection contractée à l'hôpital.

En 1889, 5 accouchements furent terminés par le forceps. Pas de décès.

En tout, 162 applications de forceps, et 10 décès, dont 4 seulement imputables à l'intervention opératoire.

Version (Podalique ou bipolaire).

En 1883, la version termina 8 accouchements. Pas de décès.

En 1884, la version termina 8 accouchements, par lequel 2 décès, dont 1 par septicémie contractée en ville, et 1 par insertion vicieuse du placenta.

En 1885, la version termina 7 accouchements, dont 1 décès par insertion vicieuse du placenta.

En 1886, la version termina 6 accouchements. Pas de décès.

En 1887, la version termina 12 accouchements. Pas de décès.

En 1888, la version termina 9 accouchements. Pas de décès.

En 1889, la version termina 6 accouchements. Pas de décès.

En tout, 56 versions et 3 décès, dont aucun n'est imputable à l'opération.

Embryotomie.

Par embryotomie nous entendons toute opération qui s'adresse au fœtus, telle que perforation du crâne, crânioclasie, basiotripsie, embryotomie rachidienne, ponction de l'abdomen fœtal, etc.

En 1883, l'embryotomie termina 6 accouchements. Pas de décès.

En 1884, l'embryotomie termina 4 accouchements, dont 1 décès par pyohémie consécutive aux nombreuses interventions de la ville.

En 1885, l'embryotomie termina 7 accouchements, dont 2 décès par rupture utérine. Chaque rupture fut constatée à l'entrée de la parturiente à l'hôpital.

En 1886, l'embryotomie termina 7 accouchements, dont 1 décès par septicémie contractée au dehors.

En 1887, l'embryotomie termina 6 accouchements. Pas de décès.

En 1888, l'embryotomie termina 4 accouchements. Pas de décès.

En 1889, l'embryotomie termina 5 accouchements, parmi lesquels 2 décès, dont 1 par phlébite utérine et embolie pulmonaire et 1 par rupture utérine constatée lors de l'admission à l'hôpital.

En tout, 39 embryotomies et 6 décès, dont 1 seulement relève de l'acte opératoire.

Nous comptons en outre :

48 délivrances artificielles, 7 décès par septicémie. Sur ces 7 décès, 4 se rapportent à des femmes ayant accouché ou avorté en ville, et dont l'extraction du placenta fut ou impossible ou négligée.

11 extractions de siège compliqué. Pas de décès.

13 accouchements prématurés artificiels. Pas de décès.

6 réductions de procidence du cordon. Pas de décès.

1 réduction d'inversion utérine. Pas de décès.

2 tamponnements. 2 décès. La mort arriva non pas par l'intervention, mais malgré le tamponnement qui fut impuissant à arrêter l'hémorrhagie. L'une des deux femmes arriva d'ailleurs à l'hôpital très anémiée.

1 opération de Porro. 1 décès par péritonite. L'opération fut faite pour une rupture spontanée de l'utérus.

1 laparatomie. 1 décès par septicémie. Cette femme, atteinte de grossesse extra-utérine, présentait déjà à son entrée à l'hôpital des phénomènes graves d'infection.

1 réduction de corps fibreux obstruant le petit bassin, mettant obstacle à l'accouchement et porté avec la main introduite dans l'utérus au-dessus du détroit supérieur. Pas de décès.

En résumé, du 1^{er} janvier 1883 au 1^{er} juillet 1889, 341 opérations furent faites à la maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Il y eut, sur ce nombre, 30 décès.

Si on défalque de ce nombre 30 le nombre de décès dont la responsabilité n'incombe pas à l'acte opératoire, si en outre on ne compte pas les décès imputables à des maladies contractées ou à des accidents survenus en

dehors de l'hôpital, on n'a plus qu'un total de 8 décès sur 341 opérations, soit 2,34 pour 100.

2,34 pour 100 représente la véritable mortalité opératoire de la maternité de l'hôpital Saint-Louis pendant la période dont nous nous sommes occupé.

CONCLUSIONS.

L'application de la méthode antiseptique a amené une diminution notable de la mortalité dans les services d'accouchement interne et externe de l'hôpital Saint-Louis.

Les conditions défavorables des locaux et de l'hygiène appellent la sollicitude de l'administration, et l'engagent à les modifier d'une façon sérieuse (1).

1. On a déjà construit à l'hôpital Saint-Louis une salle des accouchées nouvelles, et une salle de travail est actuellement en construction dans l'ancien jardin attenant au pavillon Lugol, autrefois promenoir des bourgeois pestiférés.

Vu par le Président de la thèse
PROUST

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Imprimerie de l'Ouest, A. NÉZAN, Mayenne.

